

# Asistencia médica previa, toxicomanía e infección por el VIH en la población reclusa

Antonio Bernat Escudero,  
Miguel A. Muñoz Hernández

## Introducción

La demanda asistencial, la patología sin diagnosticar y la falta de cuidados médicos mínimos, son rasgos comunes en muchos toxicómanos en el momento de su ingreso en prisión.

Cierto número de toxicómanos rehúyen los circuitos de asistencia médica: el 19,8 % de la muestra del estudio de CREFAT (Fundación para la atención a las toxicomanías de Cruz Roja Española) no acudiría nunca a ningún centro de atención para tratar su problema, ni aunque se tratara del centro ideal; así como nunca han sido asistidos en algún centro de atención en 26,7 %<sup>1</sup>.

El objetivo del presente trabajo es triple: 1) Catalogar la atención médica recibida por los toxicómanos antes de entrar en prisión. 2) Conocer el uso del sistema sanitario en relación a la seropositividad VIH. 3) Revisar la prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y consumidores de drogas por vía parenteral (CDVP) en la muestra y otros centros penitenciarios.

## Sujetos y métodos

El trabajo estudia 96 individuos varones, de edades comprendidas entre 17 y 50 años, con una edad media de 28,7 años, ingresados en calidad de detenidos, presos penados, entre el 1 de diciembre de 1991 y el 10 de enero de 1992, en el Centro Penitenciario de Preventivos de

Palma de Mallorca, interrogándoles sobre: existencia de enfermedad o problema de salud en el momento de la encuesta, ingreso anterior en prisión, duración del último período de libertad, asistencia al médico en ese período, motivo por el que fue visitado, si acudió voluntariamente a consulta o le llevaron otras personas y a qué institución fue, toxicomanía y estado de portador del VIH.

## Resultados

La edad media de los toxicómanos presos (27,4 años) es superior a la de la población CDVP asistida en centros no penitenciarios (24,1 años)<sup>2</sup>. La distribución por edades y grupos de riesgo se expone en la figura número 1.

## Estado de salud-enfermedad

El 37,5 % de la muestra (n: 36, edad media 29,6 años) manifestaron padecer en aquel momento algún problema de salud frente a un 62,5 % que no se sentían enfermos (n: 60, edad media 27,6 años). Entre los que se consideraban sanos (62,5 %) había 33 toxicómanos (edad media 25,3 años), de los que 10 eran VIH positivos (edad media 26,8 años) y 23 VIH desconocido o negativo (edad media 23,4 años). Detectamos 2 seropositivos que negaban antecedente de CDVP. La composición de la muestra se expone en la figura número 2a y 2b.

## Toxicómanos-no toxicómanos

De 46 toxicómanos que reingresaron, 12 habían ido al médico por su voluntad y de ellos sólo 2 solicitaron tratamiento para su toxicomanía. Otros 11 fueron al médico conducidos por la policía, familiares, asistentes sociales o monitores de centros para toxicómanos. Los motivos de esas consultas se describen en la figura 3.

Los 23 toxicómanos restantes fueron vistos por un médico por última vez con ocasión de su anterior ingreso en pri-

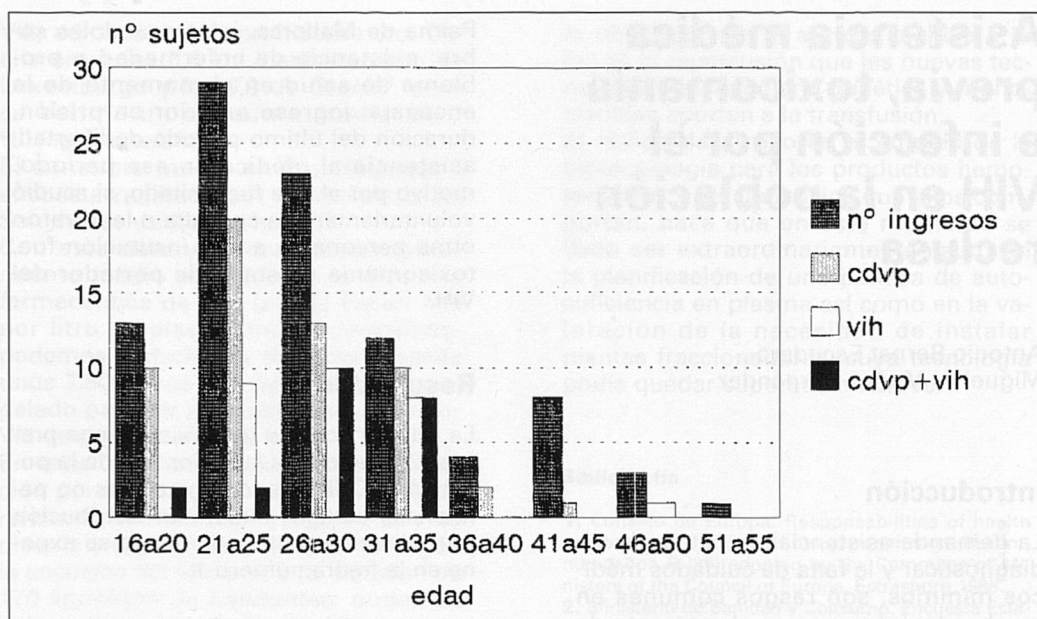


Fig. 1.  
Distribución por edades

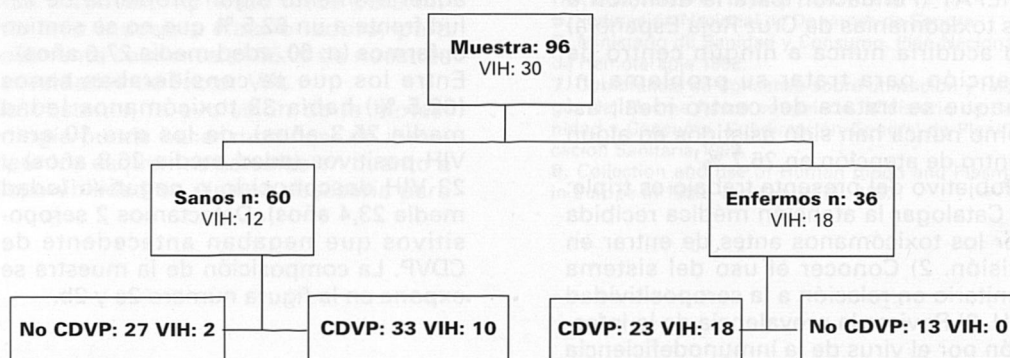


Fig. 2a.  
Distribución de la muestra  
Incidencia CDVP VIH (sanos o enfermos)

sión, entre ellos 10 que se sabían portadores del VIH. El tiempo de permanencia en libertad entre la excarcelación anterior y el actual ingreso de 7,5 meses (intervalo de 72 meses a 8 días) siendo generalmente inferior a los 6 meses (18 de los 23).  
Los toxicómanos que ingresan en pri-

sión por primera vez (n: 10, edad media 25,1 años) suponen un 16,0 % del total de CDVP entrevistados. De ellos, sólo uno sabía que era seropositivo. Todos habían ido al médico con anterioridad a su ingreso con motivos similares a los del grupo que ya habían estado presos antes (ver figura 4).

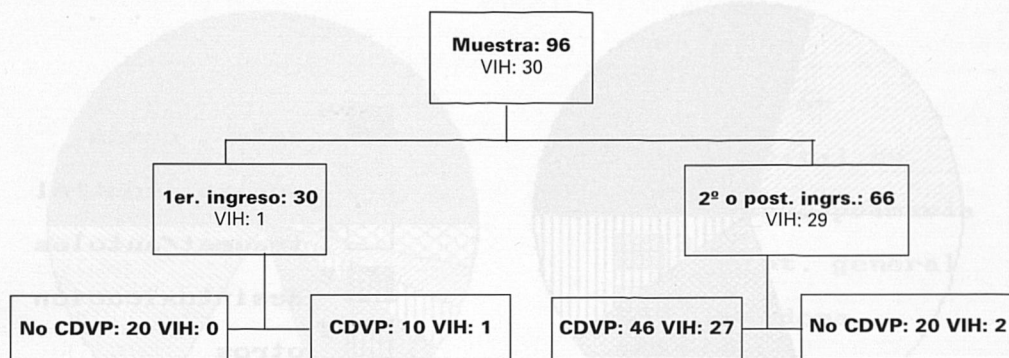


Fig. 2b.  
Distribución de la muestra  
Incidencia CDVP VIH (primer o sucesivos ingresos)

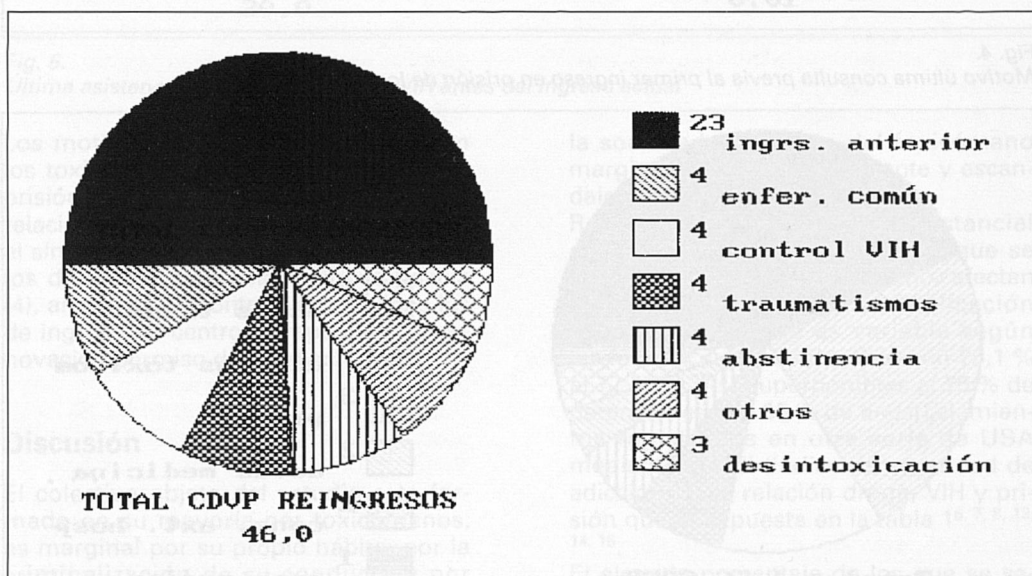


Fig. 3.  
Atención previa al ingreso actual  
Motivos última consulta

## Seropositivos

Respecto al grupo de VIH positivos (30 del total de la muestra) 17 fueron al médico antes de entrar en prisión y de ellos sólo el 13,3 % acudieron para controlar la evolución de la enfermedad. Los otros consultaron por: abstinencia (3), traumatismos (3), desintoxicación (2), sobredosis, ingreso centro de tratamiento, hepatopatía alcohólica, vacuna y ulcus.

## Recursos asistenciales utilizados

Los no toxicómanos suponían el 41,6 % de la muestra, siendo 50 % primeros ingresos y 50 % segundos o sucesivos ingresos. Solicitaron atención médica en el último año el 65 % de los primeros ingresos y el 60 % de los reincidentes, siendo los motivos en ambos grupos: la enfermedad común no relacionada con CDVP ni VIH (13), traumatismos (9), reco-

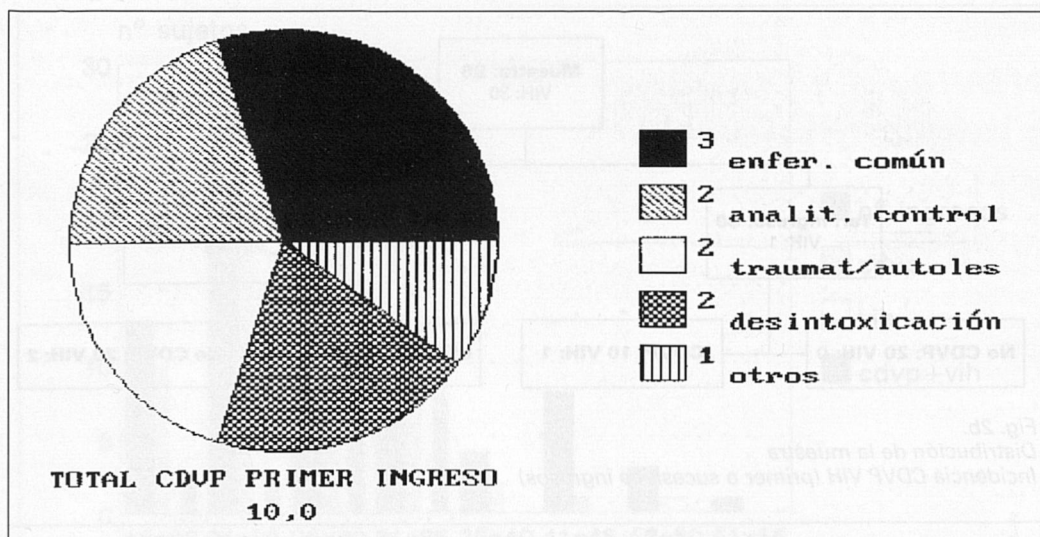


Fig. 4.

Motivo última consulta previa al primer ingreso en prisión de los DDVP

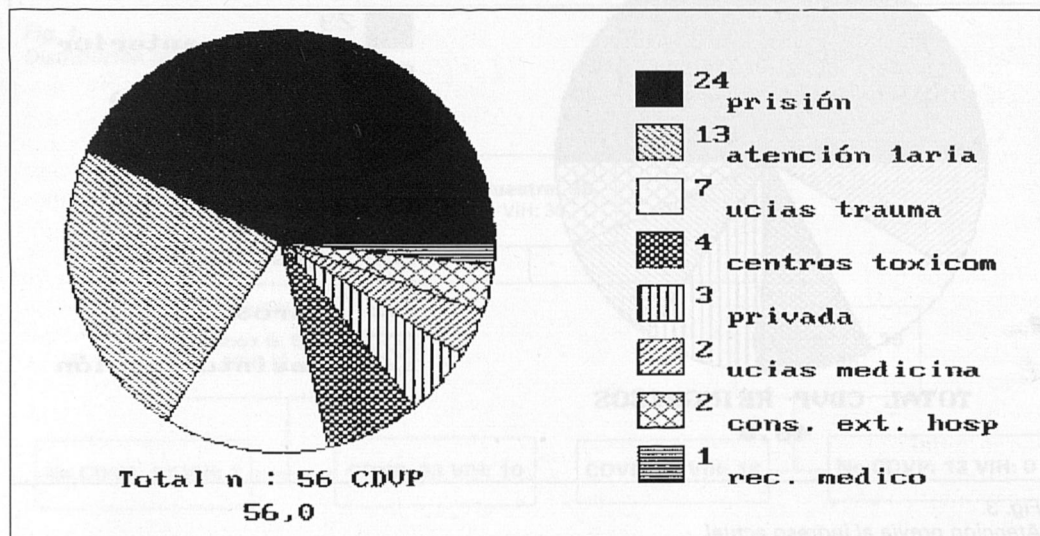


Fig. 5.

Servicios médicos usados por CDVP previos al ingreso actual

nocimientos médico-laborales (4), pasar el rato (1) analítica VIH, renovación permiso de conducir (1). Fueron a: Centros de Salud PAC o ambulatorios de la SS: 13; hospitales de SS: 5; H. General: 3; a médicos privados: 3; y el resto al Instituto Social de la Marina (reconocimiento previo al embarque), Mutuas Laborales,

Sanidad Militar, Casa de Socorro y centro médico de permisos de conducir. Los toxicómanos en general acudieron, por voluntad propia o conducidos por otros, a los centros señalados en la figura 5. Mientras que el grupo de CDVP+VIH utilizó los recursos asistenciales expuestos en la figura 6.



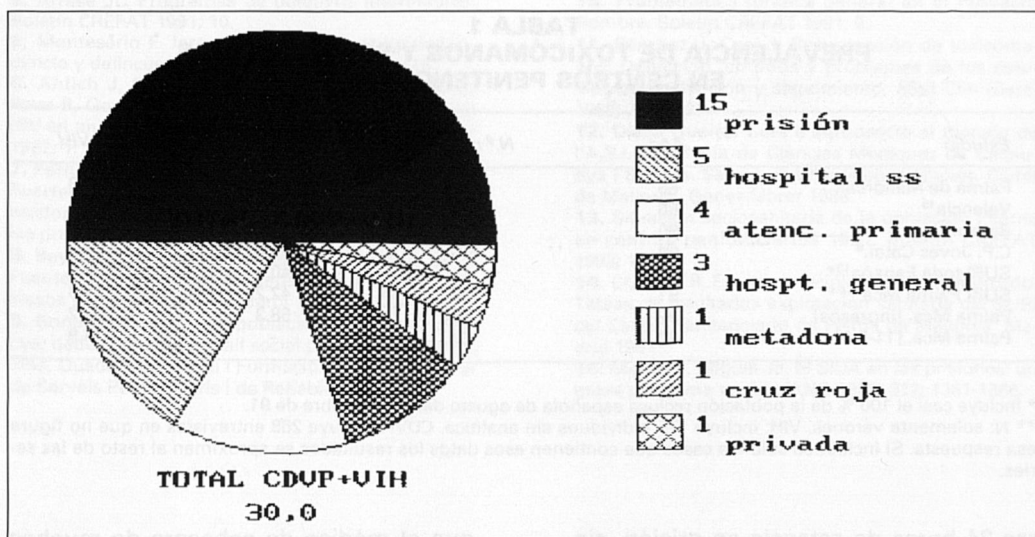


Fig. 6.

Última asistencia recibida por DDVP + VIH antes del ingreso actual

Los motivos por los cuales consultaron los toxicómanos antes de su ingreso en prisión fueron la enfermedad común no relacionada con la drogodependencia (5), el síndrome de abstinencia (incluyendo a los detenidos conducidos por la policía (4), analíticas de control (3) (incluidos las de ingreso en centros terapéuticos) y renovación permiso de conducir.

## Discusión

El colectivo objeto del estudio está formado en su mayoría por toxicómanos, es marginal por su propio hábito, por la criminalización de su conducta y por la estigmatización por el resto de la sociedad. Su estilo de vida viene definido por el inmediatez, la absoluta prioridad del goce, baja tolerancia a la frustración, poca capacidad de control de las situaciones, deficiente autoestima y culpabilización. El valor salud ocupa un lugar muy secundario<sup>3</sup>.

Cierto número de CVDP de alto riesgo sanitario quedan fuera de la red asistencial y sin cobertura, sea porque rechazan o son rechazados por la actual oferta asistencial<sup>4</sup>. En esta población se ceban todos los daños físicos, psicológicos y sociales, proyectando a

la sociedad la imagen del toxicómano marginal, enfermo, delincuente y escandalosamente visible<sup>2,5</sup>.

Recordemos que una parte sustancial de las casi 200.000 detenciones que se producen en España, cada año, afectan a drogodependientes. La implicación droga-delinuencia es variable según las fuentes suponiendo desde un 20,1 % al 77,3 %<sup>9, 10, 11</sup> superponibles al 75 % de detenciones y al 35 % de encarcelamientos registrados en otra serie de USA mediante el ASI (índice de severidad de adicción)<sup>12</sup>. La relación droga, VIH y prisión queda expuesta en la tabla 1<sup>6, 7, 8, 13, 14, 15</sup>.

El elevado porcentaje de los que se saben portadores del VIH entre los reingresos se debe, entre otros motivos, a la información que poseen por las analíticas de anteriores ingresos, practicadas a casi el 100 % de los que entran en un centro penitenciario, por control sólo un 22,2 % entre los que ingresan por primera vez, conocen ese dato, ya que llevan menos tiempo de consumo.

La tasa de toxicómanos y de VIH es superior a la media de la población reclusa obtenida por el SUR1<sup>13, 14</sup> (sistema unificado de recogida de información) expresada en la tabla 1 ya que nuestra entrevista se efectuaba dentro de las prime-

**TABLA 1**  
**PREVALENCIA DE TOXICÓMANOS Y SEROPOSITIVOS**  
**EN CENTROS PENITENCIARIOS**

<i>Estudio</i>	<i>Año</i>	<i>N.º muestra</i>	<i>% CDVP</i>	<i>% VIH</i>
Palma de Mallorca <sup>6</sup>	86	172	62,2	33,8
Valencia <sup>15</sup>	86	162	36,4	33,0
Basauri <sup>7</sup>	90	250	47,0	31,2
C.P. Joves Catal. <sup>8</sup>	90	672	54,4	—
SURI toda España <sup>13*</sup>	91	—	40,9	20,6
SURI Palma Mca <sup>14**</sup>	91	745	42,2	24,8
Palma Mca. [ingresos]	92	96	58,3	31,2
Palma Mca. [11-2-92]	92	136	—	33,9

\* Incluye casi el 100 % de la población reclusa española de agosto del 90 a octubre de 91.

\*\* N: solamente varones. VIH: incluye 175 individuos sin analítica. CDVP: incluye 268 entrevistas en que no figura esa respuesta. Si incluimos sólo los casos que contienen esos datos los resultados se aproximan al resto de las series.

ras 24 horas de estancia en prisión, sin dejar de entrevistar a ningún ingreso, mientras que las entrevistas sanitarias y extracciones de sangre del SURI se diferirían varios días, lo cual excluía cierto número de detenidos y presos preventivos. Además el SURI<sup>13</sup> excluía a los individuos reincidentes que ya lo hubieran pasado en ingreso anterior siendo precisamente en ese grupo donde se detectaban mayor número de toxicómanos y portadores del VIH, e incluye la población reclusa femenina y extranjera, dos colectivos con una baja tasa de ADVP e infección por VIH en relación con varones españoles presos.

Conocemos (observación personal referida al día 11-2-92) el resultado de la analítica VIH del 83,9 % de 162 reclusos presentes, estando el resto pendiente de extracción o esperando resultados (VIH realizados: 136; positivos 33,9 % negativos 66,2 %).

Llama la atención la alta proporción de seropositivos y toxicómanos cuya última asistencia antes del ingreso fue la ofrecida en la prisión con ocasión de una anterior estancia (figuras 3, 5 y 6). Ello podría significar la existencia de una "bolsa" de población que elude el contacto con las redes asistenciales extrapenitenciarias. Sería interesante cruzar sus registros con los penitenciarios. La utilización de los servicios de atención a toxicómanos es muy baja entre la población de la muestra. Podría decirse

que el médico de cabecera de muchos de ellos es el médico de la prisión.

Los sujetos de este estudio, una vez en libertad, son visitados sobre todo por médicos de asistencia primaria y de urgencias. Convendría que cuando se asistiera un ex-presos toxicómano, se atendiera además del motivo de consulta, a medidas preventivas (como vacunaciones o educación sanitaria) o de diagnóstico (marcadores séricos) ya que previsiblemente no acudirán a las consultas derivadas con esos objetivos en un porcentaje considerable.

Deben implantarse programas de asistencia médica entre detenidos toxicómanos en comisarias y juzgados por los mismos motivos antes expuestos, ya que los "usuarios" de estos servicios judiciales no van corrientemente al médico.

El número de toxicómanos y seropositivos que ingresan en centros penitenciarios se mantiene, siendo la prevalencia de infección VIH de un 30 % y la tasa de CDVP de un 60 % sobre el total de los varones reclusos españoles.

#### **Bibliografía**

1. Dispositivos asistenciales: ¿Qué opinan los consumidores de heroína? Boletín CREFAT 1992; 13.
2. Bosch MA. Demanda asistencial, patología asociada y mortalidad por heroína en el año 1986 e la isla de Mallorca. Medicina Balear, 1988; 2: 79-84.
3. Arroyuelo O, Fernández A. Primer programa de intercambio de jeringuillas en el estado español. JANO 1991; 940: 911-918.

4. Arrese JL. Programas de objetivos intermedios. Boletín CREFAT 1991; 10.
5. Monteserin F. Intervención social: drogodependencia y delincuencia. Boletín CREFAT 1992; 16.
6. Antich J, Bernat A, Cabrer Barbosa B, Cabrer Reus B, González F, Herrero J et al. Prevalencia del HIV en una población penitenciaria. Medicina Balear 1987; 1: 7-10.
7. Fernández V, Caminos MJ, Aguirre IA, Merino C, Fuertes P, Villar MM et al. La problemática de la asistencia a las personas infectadas por el VIH en las prisiones. JANO 1991; 940: 879-881.
8. Bayas JM, Bruguera M, Martín V, Mayor A, de la Fuente ML, Laliga A et al. Hepatitis B y delta en reclusos jóvenes. Med Clin (Barc) 1990; 94: 164-168.
9. Bonal R, Costa J. La población reclusa a Catalunya; dades per a un treball social penitenciari. Barcelona. Quaderns d'estudi i Formació. Direcció General de Serveis Penitenciaris i de Rehabilitació. 1986.

10. Problemática jurídica general en el Proyecto Hombre. Boletín CREFAT 1991; 9.
11. Sánchez J, Cani J. Recuperación de toxicómanos: Definición, criterios y problemas de los estudios de evaluación y seguimiento. Med Clin (Barc) 1986; 377-382.
12. Diana Guerra. Curs d'Introducció al maneig de l'A.S.I. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Secció de Drogodependències. Ciutat de Mallorca. Gener-febrer 1988.
13. Situación sociosanitaria de la población interna en centros penitenciarios 1991. Boletín CREFAT 1992; 16.
14. CUANTER. Estudios sociológicos y de mercado. Tablas de resultados explotación sanitaria del SURI del Centro Penitenciario de Palma de Mallorca. Madrid 1991.
15. Miguel F, Miguel JJ. El SIDA en las prisiones: un grave problema social. JANO 1988; 812: 1361-1366.